

Выводы.

1. Обнаружено снижение когнитивных процессов больных туберкулезом легких. Выявляется связь не только с токсическим проявлением самого процесса, но и влиянием социальных факторов, наличием зависимости от алкоголя и наркотических веществ.

2. С увеличением возраста выявлены более выраженные личностные изменения, в частности импульсивность, агрессивность поведения, с аффективно насыщенными переживаниями, непредсказуемость поступков, отгороженность от социума и относительно выраженной, а в некоторых случаях и полной социальной дезадаптацией.

3. Кроме основного противотуберкулезного лечения данным пациентам необходимо проводить терапевтические мероприятия, направленные на улучшение когнитивных функций.

Литература:

1. Коваленко, С.Н. Качество жизни больных инфекционного стационара. Руководство для врачей-инфекционистов и клинических психологов / С.Н. Коваленко, М.Г. Романцов ; под ред. М. Г. Романцева. – СПб., 2010. – 152 с.

2. Кошечкин, В.А. Туберкулез : учеб. пособие / В.А. Кошечкин, З.А. Иванова. – 2005.

3. Собчик, Л.Н. СМЛ (ММРІ). Стандартизированный многофакторный метод исследования личности / Л.Н. Собчик. – 2002.

УДК 340.6:616.89

К ВОПРОСУ О ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ЛИЧНОСТИ У СУДЕБНЫХ ЭКСПЕРТОВ МЕДИЦИНСКОГО ПРОФИЛЯ

Буйнов А.А., Яблонский М.Ф.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. В ходе обучения в медицинском вузе, затем специализации и последующего выполнения своей профессиональной деятельности, выпускник приобретает определенные знания, умения и навыки по судебной медицине. Решение в ходе работы различных задач не только совершенствует профессиональные знания и умения, но и формирует профессиональные привычки, определенный склад мышления и стиль общения [1]. В связи с этим вопрос подготовки кадров является одной из задач Государственного комитета судебных экспертиз Республики Беларусь [2,3]. Наибольший удельный вес в структуре экспертных исследований в Беларуси составляют медицинские и психиатрические экспертизы – 52,1% и 10,1% соответственно [4]. Специфика судебно-экспертной деятельности, сложность условий ее осуществления, психоэмоциональные и физические перегрузки благоприятствуют сравнительно быстрому развитию профессиональной деформации личности [2].

Цель работы. Определить негативные, связанные с профессиональной деятельностью, факторы, оказывающие воздействие на процесс формирования профессиональной деформации личности у судебных экспертов медицинского профиля.

Материал и методы. Для достижения поставленной цели, были изучены действующие в настоящее время ведомственные документы Государственного комитета судебных экспертиз Республики Беларусь (инструкция о порядке производства судебных экспертиз и проведения исследований в ГКСЭ от 11.04.2014 № 104; инструкция о работе государственного медицинского судебного эксперта в качестве специалиста при наружном осмотре трупа на месте его обнаружения (происшествия) от 03.09.2014; инструкция о порядке производства судебно-медицинской экспертизы трупа в ГКСЭ от

13.07.2015 № 147; инструкция о порядке проведения судебно-медицинской экспертизы по определению степени тяжести телесных повреждений от 24.05.2016 № 16). Авторами использовались описательный и аналитический методы.

Результаты и обсуждение. По роду своей деятельности судебный эксперт медицинского профиля часто взаимодействует с работниками правоохранительных органов, потерпевшими, подозреваемыми, обвиняемыми, родственниками умерших, коллегами по работе, врачами других специальностей. При этом на нем лежит большой груз ответственности (в том числе уголовной) за объективность и достоверность дачи своего заключения. Экспертная специализация в условиях лимитированного для выполнения экспертизы времени, с одной стороны приводит к интенсификации труда и повышению его производительности, с другой стороны в той или иной мере оказывает влияние на сужение профессионального кругозора специалиста, росту психоэмоционального напряжения и истощению. В свою очередь это приводит к постоянному чувству физической усталости, эмоциональному опустошению, снижению уровня профессиональных интересов, потере удовлетворенности работой, и как результат, увеличению числа экспертных ошибок. При этом определенную опасность с позиции профессиональной непригодности эксперта вызывает: искажение сферы интересов, возникновение чувства собственной непогрешимости из-за переоценки своих знаний и опыта, стереотипности мышления, обвинительному уклону, проявления авторитарности и высокомерия, профессионального цинизма, эмоциональной нечувствительности и т.д. [5,6,7] Также следует отметить, что на развитие профессиональной деформации оказывают влияние изначальные черты характера и особенности личности, свойственные представителям данной профессии (например, внимательность, коммуникабельность). Таким образом, профессиональная деформация – это совокупность свойств и качеств, разрушающих личность в процессе длительного занятия определенной профессиональной деятельностью.

Вывод. Учитывая изложенное выше, можно заключить, что профессиональная деформация личности судебных экспертов медицинского профиля является результатом негативных изменений, которые формируются под действием среды его жизнедеятельности, что приводит, прежде всего, к снижению профессиональной компетенции. Среди факторов, связанных с профессиональной деятельностью и оказывающих воздействие на процесс формирования профессиональной деформации личности эксперта, по нашему мнению, следует выделить: психоэмоциональные и физические перегрузки, снижение уровня профессиональных интересов, а также изначальные свойства личности, свойственные представителям данной профессии.

Литература:

1. Маркова, А. К. Психология профессионализма / А. К. Маркова. – М., 1996. – 312 с.
2. Овсюк, Ю. А. Судебная медицинская служба: первые итоги работы в системе Государственного комитета судебных экспертиз / Ю. А. Овсюк // Судеб. экспертиза Беларуси. – 2016. – № 2. – С. 5–9.
3. Лапина, И. А. Подготовка судебных экспертов как одна из основных задач Государственного комитета судебных экспертиз / И. А. Лапина // Судеб. экспертиза Беларуси. – 2018. – № 2. – С. 5–8.
4. Швед, А. И. Судебно-экспертная деятельность в Беларуси: от создания ведомства к новациям сегодняшнего дня / А. И. Швед // Судеб. экспертиза Беларуси. – 2018. – № 1. – С. 9–13.
5. Джавадян, А. С. Научный анализ и профилактика профессиональной деформации в судебной экспертизе / А. С. Джавадян, П. С. Восканян // Судеб. экспертиза Беларуси. – 2016. – № 2. – С. 42–47.

6. Глазырин, Е. А. Профессиональная деформация личности врача-хирурга / Е. А. Глазырин, В. Ф. Таланова, А. А. Насонов // Вестн. Совета молодых ученых и специалистов Челяб. обл. – 2016. – № 1. – С. 23–24.

7. Лукин-Григорьев, В. В. Особенности профессиональной деформации врачей-психотерапевтов / В. В. Лукин-Григорьев, А. Е. Строганов, Ю. Ю. Карачаева // Вестн. Совета молодых ученых и специалистов Челяб. обл. – 2016. – № 2. – С. 88–90.

УДК 616.8

БОЛЕЗНЬ МОЯМОЯ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Лукомский И.В.,¹ Орехва О.И.,² Сазанович К.П.,² Спиридонова К.С.,² Средова И.А.²

УО «Витебский государственный медицинский университет»¹,

УЗ «Витебская областная клиническая больница»²

Болезнь моямоя (БММ) – это редкое хроническое прогрессирующее заболевание сосудов головного мозга. Впервые болезнь описана в Японии К. Takeuchi и К. Shimizu в 1957 г., а термин «болезнь моямоя» был введен в клиническую практику в 1968 г [1]. Своим названием заболевание обязано наличию характерного расширения базальных коллатеральных артерий при ангиографии, напоминающего «клубящийся дым сигарет, висящий в воздухе», что по-японски звучит как «моямоя». В основе патологического процесса при БММ лежит постепенная прогрессирующая двусторонняя окклюзия сосудов головного мозга преимущественно во внутримозговых сегментах внутренних сонных, начальных отделах передних мозговых и средних мозговых артериях. Клинически БММ проявляется транзиторными ишемическими атаками или инфарктами головного мозга, различными вариантами внутримозговых кровоизлияний, эпилептиками, прогрессирующими когнитивными нарушениями. Этиология БММ до конца не выяснена. Ряд авторов предполагают участие воспалительных и аутоиммунных факторов в возникновении патологического процесса в сосудах мозга. У 8,0-9,4% пациентов заболевание развивается после травмы головы. Описаны также семейные случаи болезни у близких родственников [2]. БММ относится к редким болезням: в Японии она встречается с частотой 1 случай на 1млн населения. В Беларуси и России имеются единичные описания БММ. Учитывая редкость заболевания, считаем возможным представить собственное клиническое наблюдение.

Пациент Ш., 41 год, не работает, инвалид III группы, 15.08.2018 г поступил в неврологическое отделение УЗ «ВОКБ» для уточнения диагноза и определения тактики дальнейшего лечения. В соответствии с данными медицинской документации, 20.12.2017 г пациент впервые был госпитализирован в Новополоцкую ГБ с диагнозом: «Мультифокальный инфаркт головного мозга в правом каротидном бассейне с выраженным парезом левой руки и умеренным парезом левой ноги». Диагноз выставлен с учетом данных КТ головного мозга. 08.01.2018 г пациент выписывается с улучшением для продолжения амбулаторного лечения (прием дезагрегантов, ноотропов). 31.01.2018 г он вновь госпитализируется в Новополоцкую ГБ, где до 14.02.2018 г лечится с диагнозом: «Повторный мультифокальный инфаркт головного мозга в правом каротидном бассейне с выраженным левосторонним гемипарезом. Криптогенный подтип». После выписки с незначительным улучшением находится под наблюдением невролога, признается инвалидом III группы. Третья госпитализация пациента в Новополоцкую ГБ состоялась 28.07.2018 г в связи с появлением новой неврологической симптоматики – гиперкинез по типу гемибаллизма справа. Помимо умеренного левостороннего гемипареза, у пациента зафиксировано существенное нарушение памяти, снижение критики, патологические